

# BREVE HISTORIA EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA PROVINCIA DE JAÉN Y DE SUS INSTITUCIONES

Dr. Luis Sagaz Zubelzu

---

## INTRODUCCIÓN

---

*Solamente el fuerte y antiguo afecto que me une con mis amigos y compañeros los doctores Eduardo López García Triviño y Fermín Palma Rodríguez, presidente honorario el primero y secretario el segundo, del Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses, al cual me honro también en pertenecer, me han forzado a interrumpir mi promesa de silencio científico que he decidido por imperativo de la edad, la cual exige el descanso y también dejar paso a los que nos van sustituyendo en nuestros puestos y responsabilidades.*

*Cuando se ha vivido y prácticamente se ha creado una obra, su historia y la exposición por uno mismo de lo realizado resulta o puede parecerse a una autobiografía y nada más lejos de mi pensamiento el que ello se produzca. Aun cuando con sinceridad pueda tener la satisfacción de enorgullecerme, de lo que con la ayuda de Dios y de los amigos y colaboradores pude realizar, el exponerlo por mí mismo creo resultaría pedante, poco modesto, o inapropiado.*

*De hacerlo así, podría parecerse a esos guiones de la televisión, en los que ofrecían a un personaje (entre los cuales no me catalogo), «Esta es su vida», esta modalidad, repito, no la creo correcta, pues se trata simple-*

*mente de aportar hechos y datos, mal conocidos, que por tener un cierto valor histórico he considerado más apropiado entregarlos a la Redacción de la Revista del Seminario Médico para su publicación y archivo. Después, el tiempo, que es el juez más justo y correcto, los valorará ante la Historia.*

*Como la publicación se refiere a la Historia de las Instituciones, se ha considerado más conveniente no consignar los nombres del personal que ha trabajado en las citadas, no sólo por su importante número, sino para evitar olvidos o crear diferencias.*

*Como las Instituciones y Centros de esta lucha contra las enfermedades respiratorias tienen funciones y características diferentes, se ha creído preferible, para un mejor orden expositivo, tratarlas separadamente.*

*La lectura de estas cuartillas, que no logran recoger de modo absoluto cuanto se refiere al tema, puede, por el carácter que se les ha dado, ser realizada por cualquier persona. La secretaria del Seminario me ha rogado que sea yo el lector de ellas y, violentándome, atiendo el ruego.*

---

### **PROLEGÓMENOS HISTÓRICOS DE LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN ESPECIAL LA TUBERCULOSIS**

---

*Como anteriormente se expuso, el doctor Sagaz ha facilitado a la redacción las notas y datos que a continuación se exponen.*

La Humanidad, desde su inicio biológico, ha luchado contra la enfermedad y la muerte empujada por el instinto de la supervivencia.

Si estudiamos las curvas gráficas que nos muestran la evolución de las enfermedades, éstas nos enseñan, en su proyección, cómo el progreso científico ha ido logrando su descenso continuo, presentando la citada momentos de elevación, o mesetas de estabilización, que observamos se relacionan con los cataclismos cósmicos, epidemias, guerras o movimientos sociales. Estas alteraciones se justifican porque el hombre, que es el mayor enemigo de su fisiología y del hábitat ecológico que ocupa, además de la insuficiencia de sus conocimientos, peca de imprevisión. Sólo con el paso del tiempo y la experiencia que la adversidad le va haciendo adquirir, van permitiéndole superar las fases negativas de la lucha contra las enfermedades.

El inicio y progreso de la especialidad médica denominada Bronconeumología, la cual abarca (como de su nombre se deduce), el estudio y lucha contra las enfermedades del aparato respiratorio, comienza a delimitarse en los últimos siglos, aunque ya muchas de las enfermedades estaban definidas y eran conocidas desde los primeros tiempos de la humanidad. Es en el pasado siglo, cuando una de las afecciones respiratorias y generales más antiguas del género humano, la tuberculosis, conocida en los hallazgos de la civilización egipcia y aun anteriormente, la cual había evolucionado a lo largo de los siglos en forma endémica, con algunos episodios epidémicos que cursaron ignorados, estalla en forma de violenta epidemia



Sanatorio «El Nerval». A la izquierda el primitivo pabellón.

durante el siglo pasado, como consecuencia del impacto social originado por la llamada revolución industrial, que se desarrolla principalmente en Europa. Las manifestaciones de tipo epidémico violento con que surge la tuberculosis en el pasado siglo dan lugar a que esta enfermedad alcance la consideración político-social de «plaga» o enfermedad social, ya que su carácter obliga a que los gobiernos tenga que atender con preferencia a este grave problema, que surge, como antes decía, como consecuencia de la imprevisión humana, que no había planificado previamente las condiciones socio-económicas e higiénicas que la citada revolución industrial exigía.

La Humanidad, en el siglo XIX, va tomando conciencia de la importancia de la endemio-epidemia tuberculosa, a la que se denomina «peste

blanca», presentando como una de sus características el que ataca y siega las vidas en aquellas edades en las que el ser humano se encuentra en sus momentos importantes de formación profesional y social, así como en los que es mayor su productividad laboral.

Esta enfermedad, como escribía RIST a finales del pasado siglo, aparece preferentemente en los hogares humildes, siendo favorecida ésta por su menor higiene y las bajas condiciones socio-económicas. Ello favorece no sólo el desarrollo de la enfermedad, sino la contagiosidad de la misma. Decía RIST «La miseria favorece la enfermedad y la muerte, y con ésta, al faltar los sostenes del fundamento económico familiar, se crea nuevamente la miseria», manteniéndose el círculo trágico que crea e incrementa las cifras de la endemo-epidemia tuberculosa.

Es principalmente en Centro-Europa donde, como anteriormente señalábamos, surge bruscamente la evolución del desarrollo industrial, que va acompañado de unas condiciones de trabajo antihigiénicas e inhumanas. Basta recordar que en Inglaterra, por ejemplo, la jornada de las minas era de más de 12 horas, sin descanso semanal. Que en ellas trabajaban niños menores de 14 años con estas jornadas y unos jornales ínfimos, acompañados de una vida con condiciones de habitación, alimentación e higiene, en general, míseras. El que de esto se haya pasado a la jornada laboral de 8 horas o menos, el descanso semanal, la limitación de la edad para el trabajo, el mejoramiento de las condiciones higiénicas de éste, así como la vivienda, economía, etc., son hitos que se lograron después de años de lucha social y que para aquellos primeros tiempos resultaban una utopía.

Las circunstancias que hemos comentado que acompañaron a la revolución industrial provocaron una brusca y violenta elevación de las cifras de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, que hasta este período habían cursado con una trayectoria más igual y sostenida.

Se llegan a alcanzar, en diversos países europeos, cifras de mortalidad de un 20 a un 30 por 10.000 y en Inglaterra llegó a constituir la quinta causa de defunción, o sea, que de cada 5 defunciones que se producían, una era por tuberculosis.

Es el incremento citado de las cifras de morbilidad y mortalidad lo que provoca, como antes señalábamos, el que la tuberculosis pase de ser un simple problema patológico de interés médico e individual, a tener repercusión social y política, obligando a actuar a los gobiernos y adquiriendo por ello el carácter citado de enfermedad epidémica social.

Es digno de mención que en España, en el siglo XVIII, o sea casi un siglo antes que las otras naciones europeas, el rey Fernando VI, desde el Palacio

del Retiro en 6-X-1751, dicta una orden que hace obligatoria la declaración por los médicos de la tuberculosis, a la que acompaña también una serie de disposiciones para la limpieza de la vivienda y medidas contra la contagiosidad de la enfermedad.

Con estas disposiciones se demuestra que ya en España se había tomado conciencia de la importancia de la enfermedad tuberculosa y se toman las medidas posibles para la lucha contra esta afección.

PASTEUR, en 1864, demuestra con su descubrimiento de los organismos microbianos que las enfermedades infecciosas no son debidas a alteraciones humorales, o que surgen por generación espontánea, sino que todas ellas tienen una causa microbiana, sea ésta conocida o desconocida.

La tesis de PASTEUR en relación con la tuberculosis se ve confirmada por las experiencias de transmisión de la enfermedad realizadas por VILLEMÍN en Francia. Por último, el descubrimiento por ROBERTO KOCH del bacilo de su nombre, en 1882, con el que demuestra de modo irrefutable que es el germen causal de la enfermedad, se objetiva cómo y cuál es el enemigo con el que hay que luchar.

Más tarde, es también un sabio español, más silenciado de lo debido, el doctor FERRÁN, quien demuestra con sus experiencias las variedades y mutaciones que sufre este germen y así mismo, como KOCH, inicia y orienta una terapéutica preventiva vacinal, anticipándose a las posteriores de la BCG.

En la lucha contra las enfermedades infecciosas, la Medicina ha actuado bajo dos directrices fundamentales; una es la *Profiláctica*, o sea, la orientación hacia la prevención de la enfermedad, siendo ésta la más importante de las dos. La otra directriz es la que se ocupa del aspecto *asistencial* y terapéutico de los enfermos, así como de su aislamiento, con lo que también participa de la directriz profiláctica.

Desde tiempos remotos se intentaba realizar la profilaxis de las enfermedades con el aislamiento del enfermo, como ocurría con los casos diagnosticados de leproso, a los que se les colocaba como proscritos de la sociedad.

En otras enfermedades con brotes epidémicos, como por ejemplo el cólera o la peste bubónica, la historia nos refiere que por creerse en aquellos tiempos que las citadas eran debidas a miasmas del ambiente (que hoy diríamos contaminación), para combatirlas se encendían hogueras en las calles y plazas, se quemaba azufre o alquitrán, u otras sustancias, a las

que se les atribuía acción depuradora, e incluso se llegaba al aislamiento total de la población, o de los domicilios de los enfermos, a los que se les dejaba a veces morir de hambre o sed y sin asistencia.

Aun cuando en las naciones, ante la importancia de la epidemia tuberculosa, se toman medidas intuitivas para combatir la enfermedad, como la que hemos citado en España ordenada por Fernando VI, después de los descubrimientos de VILLEMÍN y KOCH, ya conociéndose cuáles son los mecanismos de acción del germen para su propagación o contagio, se inician las normas de la lucha antituberculosa, que viene con ello a constituirse en la pionera de la lucha contra las enfermedades del aparato respiratorio.

La directriz *Profiláctica* con la institución dispensarial se inicia en Edimburgo, Escocia, cuando en 1887 sir Roberto Philips organiza el primer centro de acción profiláctica, que él denomina dispensario, cuya orientación se encamina al descubrimiento precoz de los enfermos, para su tratamiento, aislamiento y educación higiénica, así como la vigilancia de las personas que lo rodean.

En otras naciones de Centro-Europa, como Alemania y Suiza, se habían creado centros de tipo asistencial para el aislamiento de los enfermos y su tratamiento por la llamada cura higiénico-dietética. Estos centros, que fundan en 1850 Dettweiler en Suiza y Brehmer en Alemania, a los que llaman Sanatorios de montaña, demuestran su utilidad en un cierto número de casos y alcanzan popularidad, sin bien su acción resulta limitada, pues por su coste son sólo asequibles a las clases adineradas.

Después de estas realizaciones aisladas Grancher, en Francia, crea la que llama Lucha Antituberculosa Internacional, realizando una campaña entre las naciones, que más tarde llega a su madurez, con la desarrollada por Leon Bernard.

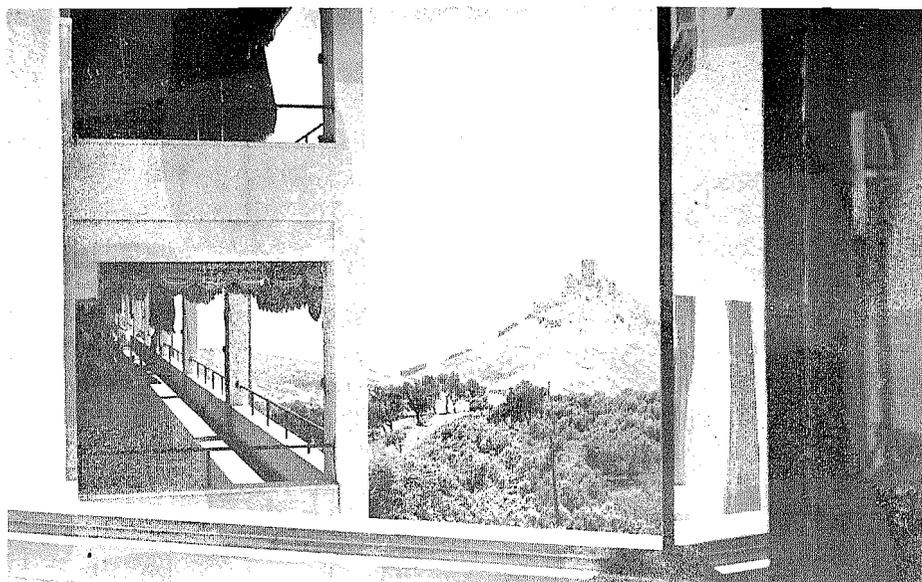
En Berlín, en 1901, y en Copenhage en 1904, se realizan las primeras reuniones internacionales y se constituye oficialmente «La Unión Internacional de Lucha Antituberculosa». España se adhiere a esta institución y como medio de acción se crea el llamado Real Patronato de Lucha Antituberculosa.

En Francia, Leon Bernard, presidente de la Unión Internacional, impulsa principalmente la orientación profiláctica, más económica y a la larga de mayor eficacia que la asistencial. Crea una red de dispensarios con orientación similar a la trazada en Escocia por Philips, programando que debe instalarse un dispensario por cada 100.000 habitantes para controlar con él el mínimo del 90 % del personal de su ámbito de acción.

Comienza también a realizar tratamientos ambulatorios en los dispensarios y más tarde, cuando Calmette y Guerin lanzan su descubrimiento de la llamada vacuna antituberculosa BCG, realiza su campaña de vacunación con la misma, preferentemente aplicada en la infancia, bajo el control de la reacción tuberculínica y aislamiento del vacunado de las posibles fuentes de contagio. Campaña que es muy discutida internacionalmente y que algunas naciones, como Alemania, no aceptan hasta que el tiempo y las observaciones demuestran la bondad y eficacia del método, que hoy se aplica mundialmente.

En España ocurre algo similar con la vacuna, que también descubre el doctor Ferrán y que tiene semejanzas con la anterior. Después de los intentos y luchas de su descubridor, queda todo postergado y silenciado.

La especialidad de la Tisiología empieza a formarse entre el personal de los centros de lucha antituberculosa, pues anteriormente, tanto por no utilizarse técnicas exploratorias y terapéuticas especiales, como la gran importancia numérica de los enfermos y su dispersión, hace que prácticamente todo médico se vea obligado a actuar con estos enfermos.



Siluetas de la alcazaba árabe desde el Sanatorio «El Neveral».

La acción, decíamos, de los centros antituberculosos y las técnicas especiales que van apareciendo para el tratamiento de la enfermedad, hacen surgir la especialidad, con su orientación concreta.

Ésta nos va dando a conocer los datos de las estadísticas de morbilidad y mortalidad que impulsan y justifican su actuación. Conocemos entonces que en Centroeuropa, decíamos, hay un promedio de mortalidad que oscila desde un mínimo de un 8 a 10/10.000, al 30 y hasta el 36 por 10.000. En España, con menor industrialización y datos no muy verídicos, se registran cifras, que para diversas regiones oscilan desde el 10 al 24 y hasta el 29/10.000, que recogía el doctor Sagaz en Linares, para el año 32.

Si comparamos con las cifras que a lo largo de medio siglo ha logrado alcanzar la lucha antituberculosa, de países con el 2/100.000 y un promedio del 6 al 8 ó 10/100.000, el resultado es triunfalista.

La faceta de la iniciación de la lucha antituberculosa en España la ha vivido el doctor Sagaz como espectador y como actor y para el mejor conocimiento de esta fase la Redacción recoge de labios del citado sus recuerdos y datos de esta época.

Los tuberculosos, en los años anteriores al 20 y aun después, eran asistidos en las salas de Medicina General de los hospitales. Esta enfermedad se atendía entremezclada con las demás afecciones respiratorias y cardíacas, sin valorar su contagiosidad, ni emplearse con ella métodos o tratamientos especiales.

Recuerda el doctor Sagaz sus comienzos profesionales y de la especialidad, cuando primero como alumno asistente y más tarde como interno, acudía a realizar su aprendizaje en las Salas del Gran Hospital General de la calle de Santa Isabel, en Madrid, perteneciente a la Beneficiencia Provincial; monumental edificio construido por Felipe V, con más valor histórico y volumen arquitectónico que condiciones apropiadas para lo que exigía la función hospitalaria. En sus salas más altas y por ello todavía abohardilladas, se asistía a los enfermos de Medicina General, con carácter benéfico y entre éstos a los tuberculosos en fase avanzada de tisis, que esperaban allí su final, enmascarando sus hemoptisis con el color encarnado de sus colchas y baldosas rojas del suelo. Podía decirse de estos enfermos, con una alimentación más bien escasa y sin más terapéutica que la de la farmacopea clásica, con sus antitusígenos, balsámicos, etc., que al encamarse allí, parodiando al DANTE, «Toda esperanza era abandonada».

Con este tipo de enfermos crónicos, avanzados, en fase de caquexia tísica, los futuros médicos y tisiólogos aprendían a explorar, auscultando con estetoscopio, lo que facilitaba aún más el que adquirieran por contagio la enfermedad, como ocurrió en más de un caso.

Aquellas salas, que más tarde fueron modernizadas, eran dirigidas por médicos generales, profesores del cuerpo médico de la Beneficiencia Pro-

vincial. Ellos, no sólo pese a los mezquinos honorarios de sus sueldos, atendían fiel y ampliamente a los enfermos, sino que además impartían generosamente sus enseñanzas. Es por ello de justicia el recordar sus nombres, que gozaban del mayor crédito profesional. Se trataba de los doctores Úbeda Sarachaga, López Durán, Rozábal Farnes, Codina Castelvi, Marañón, entre otros, por ser éstos los que actuaban de una manera más especial con los enfermos de aparato respiratorio y tuberculosis. Así mismo, tenían participación en los organismos de la Lucha Antituberculosa, de reciente creación.

A petición propia, el doctor Sagaz fue destinado a la Sala n.º 13, que regentaba el profesor José Codina Castelvi, la cual estaba destinada a tratar afecciones respiratorias y especialmente entre éstas la tuberculosis.

El doctor Codina Castelvi, de origen catalán, era uno de los más prestigiosos médicos de Madrid y estaba especialmente acreditado en la especialidad naciente de pulmón, y presidía, conjuntamente con el doctor Verdes Montenegro, el Real Patronato de Lucha Antituberculosa, que habían fundado bajo el patrocinio de la reina doña Victoria Eugenia.

Esta Institución, relacionada con las de acción internacional, estaba desarrollando, sin más medios económicos que los ingresos de la llamada «Fiesta de la Flor», una acción profiláctica, con dos dispensarios en Madrid y algunos otros como en Barcelona, Sevilla, etc., y así mismo dos centros asistenciales para pulmón, en los llamados Sanatorios de Humera, de pequeño volumen, y otro más moderno y amplio, Valdelatas, que no funcionaba totalmente.

La conexión del doctor Sagaz, como interno del profesor Codina, le permitió conocer de modo directo las modalidades e incidencias de esta fase inicial de la lucha Antituberculosa en España.

Así mismo, el estar destinado con este profesor le permitió conocer precozmente las técnicas de la entonces moderna terapéutica de la tuberculosis pulmonar por la Colapsoterapia.

Forlanini en Italia, a primeros de siglo, había desarrollado las ideas de Potain, que había observado que las lesiones pulmonares tuberculosas curaban a veces después haber estado colapsadas por un derrame pleural. Ello le llevó a idear un aparato y un trocar, para con técnicas apropiadas, inyectar aire o gases en el espacio interpleural, logrando así el colapso del pulmón enfermo en la cuantía y modalidad conveniente. Este método, denominado neumotórax terapéutico intrapleural gaseoso, después de ser estudiado en varias clínicas extranjeras, como Brauer, Spengler, y otros, fue reconocida su utilidad en el Congreso Internacional de Roma de 1911.

El doctor Codina, que era una personalidad estudiosa y trabajador incansable, viajó a Italia el año 20 para conocer y valorar esta moderna terapéutica. Adquirió el aparato y aprendió la técnica, la cual comenzó a realizar desde el año 22, siendo el primero en España que la aplicó y, como consecuencia, sus colaboradores.

Como anécdota digna de mención, el doctor Sagaz recuerda que en la Sala n.º 13 se llevaron a cabo unos estudios el año 23, realizando en la piel de la nalga de los enfermos tuberculosos unas escarificaciones en rejilla (según propugnaba un investigador alemán); estas escarificaciones eran luego contaminadas con esputos bacilares. Se fundamentaba este intento terapéutico en el clásico postulado de Piery de la incompatibilidad de la tuberculosis cutánea con la pulmonar. Los resultados no fueron los deseados y el método se abandonó. Hoy, paradójicamente, se intenta tratar el cáncer con una metódica similar, aplicando a las escarificaciones vacuna antituberculosa BCG.

El doctor Sagaz considera que para una mayor claridad y orden de la exposición, es conveniente tratar separadamente los dos aspectos e Instituciones de la Lucha Antituberculosa, que más tarde, como veremos, abarcó las demás afecciones respiratorias. Éstos son, como decíamos anteriormente, la orientación PROFILÁCTICA y la ASISTENCIAL.

La orientación *profiláctica* se realiza en España, como en los demás países, por medio de los dispensarios antituberculosos. En uno de los que funcionaban en Madrid, Reina María Cristina, en la calle de Goya, fundado por el doctor Verdes Montenegro, asistía el doctor Sagaz a las sesiones clínicas que desarrollaba el doctor Úbeda Sarachaga. La exploración era meramente clínica, pues no se contaba con aparato de Rayos X, ya que el existente era utilizado para la realización de radiografías (de análogo modo se trabajaba en los servicios hospitalarios); además de la exploración física, se realizaba la prueba de la tuberculina y algún análisis de esputos (en aquella fecha no se había descubierto el valor analítico de la velocidad de sedimentación). No se hacía historia clínica, ni fichas; no había enfermeras, ni se atendían a los familiares, ni se hacía acción educativa o profiláctica. Al enfermo no grave se le prescribía una medicación que era simple, pues no existían todavía ni los inyectables de calcio, que más tarde tanto se prodigaron.

Los tratamientos por neumotórax sólo se realizaban por el doctor Codina y en enfermos encamados, pues los tratamientos de reposo absoluto y aireación eran los más fundamentales. Vemos, con estos datos, que la acción del dispensario era incompleta, de acuerdo con las normas señaladas internacionalmente.

La economía del Real Patronato eran tan escasa que en los dispensarios, no sólo trabajaba el personal médico gratis, sino que el dueño del inmueble desahuciaba a aquél todos los años, por falta de pago del alquiler.

La Sanidad Nacional, en aquella época, se limitaba a la vigilancia de las posibles epidemias y más tarde, cuando comenzó a funcionar el Instituto Alfonso XIII, se realizó en el citado una labor de investigación, producción de suero, vacunas, etc. El Hospital del Rey, para tratamiento de las enfermedades infecciosas y que más tarde destinaba un pabellón para tuberculosis, no había entrado todavía en funcionamiento.

En el año 32, la orientación de la Dirección General de Sanidad toma impulso en la relación con la Lucha Antituberculosa y comienza un programa de creación de un dispensario Antituberculoso en cada capital de provincia y en mayor cantidad en las grandes capitales, como Madrid y Barcelona.

El doctor Sagaz acude a estas oposiciones, aprobando los ejercicios y no ocupando plaza por estar ya en funcionamiento con anterioridad el dispensario provincial en Jaén, que dependía, como más tarde veremos, de la Jefatura Provincial de Sanidad y no del escalafón del nuevo cuerpo de Lucha Antituberculosa que estaba creando la Dirección General de Sanidad.

La Lucha Antituberculosa, en su aspecto profiláctico, comienza en la provincia de Jaén el año 31, con la llegada a esta provincia del nuevo jefe provincial de Sanidad, don Mariano Fernández Horques.

La Dirección General de Sanidad, queriendo que su acción llegara al medio rural y que ella fuera más real y más extensa, comenzó a desarrollar, previa la creación de un Centro piloto en Cáceres, la instalación de los llamados Centros Rurales de Sanidad, situados en el ambiente que su nombre indicaba y en conexión y con la colaboración de las secciones correspondientes que se creaban en las Jefaturas Provinciales.

Entre éstas, además de la Puericultura, Pediatría, Laboratorio de Análisis, y otras, figuraba una sección de Lucha Antituberculosa. En Jaén se desarrolló esta orientación.

El doctor Sagaz, que en el año 29 se había trasladado desde Madrid a Villargordo, después de unas oposiciones a inspector municipal de Sanidad, tuvo por razones de este cargo relaciones con el doctor Fernández Horques, el cual, al conocer su formación fisiológica y su experiencia en dispensarios y hospitales, le designó como jefe de la citada sección, que-

dando constituido un dispensario antituberculoso en el edificio de la Jefatura Provincial de Sanidad. La plantilla inicial estaba constituida por el director, doctor Sagaz, un practicante de la plantilla de la Jefatura y una enfermera titulada.

El dispensario antituberculoso del Instituto Provincial de Higiene de Jaén comenzó a funcionar el año 31. En su fase inicial, el doctor Sagaz se trasladaba tres veces por semana y pasaba consulta en el dispensario. Se historiaban y fichaban los enfermos y familiares, se les practicaban los análisis necesarios, pruebas tuberculínicas y como todavía no poseía el centro aparato de Rayos X, se utilizaba la colaboración del doctor Gabriel Arroyo, jefe del Servicio de Radiología del Hospital Provincial, el cual realizaba las radiografías de los enfermos que le remitían.

Más adelante se logró la colaboración de la Dirección General de Sanidad, la cual facilitó un aparato de Rayos X, lo que permitió el realizar una exploración del enfermo más completa, así como la investigación sistemática de los familiares y contactos de los enfermos.

El doctor Sagaz, desde su llegada a Villargordo, por motivos profesionales, entabló contacto y amistad con los doctores Eduardo y Gabriel Arroyo Sevilla, el primero magnífico internista, el segundo radiólogo del hospital, como hemos citado. Así mismo con el doctor Fermín Palma García, jefe de los Servicios de Cirugía del Hospital Provincial que además de ser un hábil y prestigioso cirujano, era un competente médico general.

El doctor Palma, al conocer la preparación del doctor Sagaz para las técnicas de la Colapsoterapia por neumotórax gaseoso, puso a la disposición de éste un aparato portátil tipo Carpi, que había adquirido en uno de sus viajes a Italia. Con este aparato y en las camas del servicio del doctor Palma, comenzó el doctor Sagaz en estas fechas los tratamientos por neumotórax, que más tarde se mantenían en tratamiento ambulatorio en el dispensario. Igualmente se utilizaba el Servicio Quirúrgico del doctor Palma para la extracción de exudados, pleurotomías por empiemas y más posteriormente la realización de Frenicectomías, sección intrapleural de adherencias pleurales, etc. Con ello, su ayuda y colaboración fueron inestimables.

El dispensario de Jaén desarrollaba su misión progresivamente, de acuerdo con las normas internacionales, realizando la labor de diagnóstico, tratamiento, investigación sistemática de familiares y contactos y comenzó también a realizar la investigación y catastro tuberculínico de los escolares y agrupaciones, como el Seminario, Fuerzas Armadas y otras.

Desde el punto de vista de la propaganda y educación sanitaria, ésta no sólo se realizaba en el ámbito familiar y escolar, sino que se impartieron varios cursos de enseñanza y divulgación entre los médicos encargados de los centros rurales, para lograr una mejor colaboración y en algunos de estos centros se crearon secciones dispensariales antituberculosas.

Uno de los primeros dispensarios comarcales que se instaló fue el de Linares. Esta población, predominantemente minera, se encontraba en una fase intensa de tuberculización, debida a la falta de higiene del ambiente en las minas y la acción favorecedora de la silicosis, sobre cuya actuación tampoco se utilizaba ninguna medida preventiva. Todo ello originaba que el número de enfermos graves contagiosos, que continuaban trabajando forzosamente en el interior de las minas, era muy alto y el índice de mortalidad por tuberculosis de esta población era, como ya se citó, de un 29/10.000, cuando la media de la provincia se encontraba en un 10 al 12.

El doctor Sagaz inició la formación técnica del personal del dispensario, trasladándose desde Jaén. Más tarde, al lograrse una acción coyuntural con el recién formado Consorcio del Plomo, éste colaboró y ayudó económicamente la labor del dispensario, donde se creó una sección de prevención de la silicosis y un Patronato de ayuda a estos obreros enfermos, creándose seguros de inutilidad. El dispensario fue dirigido por un prestigioso compañero, que desarrolló una encomiable labor, tanto en la lucha antituberculosa, a cuyo escalafón pertenece, como contra la silicosis.

Aunque el radio de acción del dispensario de Jaén abarcaba principalmente su entorno de unos 60.000 habitantes, cifra apropiada para una acción eficaz de control sobre esta masa de población, el dispensario extendió su ámbito a las zonas cercanas de la provincia y dos días en semana atendía a los enfermos que remitían desde los Centros rurales de Sanidad, o enviados por otros médicos, o que acudían espontáneamente. En estos grupos ya no era fácil la vigilancia del foco contagioso, el reconocimiento de los familiares, el control tuberculínico y la vacunación por BCG de niños. No obstante, se realizaba una labor lo más completa posible y se pudo, desde el año 35, en que se adquirió un aparato portátil de Rayos X, tipo Redeker, hacer investigaciones masivas en medio rural con radioscopias y pruebas tuberculínicas, e incluso se logró que se nos enviaran de algún pueblo los presuntos enfermos y sus familiares. Todo ello dio lugar a un volumen de trabajo que alcanzó a unas 5.000 asistencias al año.

Después del paréntesis de la Guerra Civil, durante la cual la actividad del dispensario disminuyó, al terminar aquélla, la Lucha Antituberculosa Nacional sufre un nuevo impulso. El dispensario provincial de Jaén queda

homologado a los otros de la Dirección General de Sanidad. El doctor Sagaz consolida su cargo al realizar nuevas oposiciones el año 41.

Por estas fechas la plantilla del personal del dispensario se ha incrementado, contando con un médico ayudante, un practicante y tres enfermeras. Ello permite intensificar las encuestas, reconocimientos de familiares y personal sano. Entre las primeras, una de las de mayor importancia fue la realizada sobre el personal adscrito a los establecimientos de manipulación o venta de sustancias alimenticias. A todo este personal, que alcanzó una cifra superior a los 6.000 reconocimientos, se les dotó de un carnet acreditativo de su estado de salud. Esta encuesta, que fue la primera y tal vez la única realizada en España, se mantuvo durante cerca de tres años. Los hallazgos de enfermos fueron aislados y tratados.

El hecho de que el director general de Sanidad, antes y después de la Guerra, fuera el doctor Palanca, favoreció el que se instalaran en la provincia, después del año 40, no sólo el dispensario de Linares, que, como se ha referido, funcionaba con anterioridad, sino otros dispensarios comarcales en Úbeda, Villacarrillo, Villanueva del Arzobispo y más tarde Andújar. Con la creación de estos dispensarios quedó la provincia dotada de una red que abarcaba a casi toda ella y era la provincia mejor dotada en este sentido, pues la mayoría de las demás provincias no poseían más dispensario que el de la capital y algunas otras en alguna población importante. Figurábamos, por tanto, numéricamente a la cabeza de las provincias con mejor red dispensarial, en el aspecto de la profilaxis.

El doctor Sagaz estuvo dirigiendo el dispensario provincial de Jaén desde su inicio el año 31 hasta el año 42, en el cual, por no poder simultáneas el trabajo de este centro y el del «Sanatorio El Neveral», queda destinado por la superioridad a este último. El dispensario de Jaén, bajo la dirección de otros compañeros que han ido ocupando este cargo, mantuvo su actividad, incrementándose la plantilla con otro ayudante y más enfermeras.

El año 64, como consecuencia del descenso de la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis, consecutiva principalmente a la acción eficaz de los medicamentos de acción específica que habían surgido, así como la elevación del nivel económico e higiénico y la actuación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, el Patronato Antituberculoso, que como tal venía funcionando desde la post-guerra, decidió ampliar su radio de acción a las demás enfermedades respiratorias y circulatorias, por lo que se transformó en lo que se denominó Patronato de Lucha Antituberculosa y de Enfermedades del Tórax. Comenzó así la actuación del dispensario en el diagnós-

tico, tratamiento y lucha profiláctica, contra todas las enfermedades antes citadas.

En el año 65, la secretaría del Patronato, de acuerdo con la Dirección General de Sanidad, inicia una campaña que denomina de Erradicación de la Tuberculosis, para lo cual completa la acción del dispensario, creando unos equipos móviles dotados de furgoneta para transportar un aparato portátil de foto-radioscopia, médico del equipo y enfermeras con preparación especial para las pruebas tuberculínicas y vacunación por BCG.

Esta campaña, que se desarrolla en toda España, se realiza en la provincia sometiendo a los habitantes de los pueblos a fotoradioscopia, pruebas tuberculínicas, etc. En algunos pueblos el examen alcanzó a la totalidad de la población y después de comprobados los resultados de la prueba tuberculínica, se realizó la vacunación (principalmente de los niños) por BCG. A los hallazgos de enfermedad se les sometió a aislamiento y tratamiento. A los tuberculino-positivos se les dio medicación profiláctica, sometiéndoles a nuevos exámenes y vigilancia. Hubo algunos pueblos que, por sufrir endémicamente de lepra, las autoridades sanitarias consideraron de interés el realizar la vacunación masiva de toda la población con la BCG, dado que la acción de ésta despierta inmunidad para el germen de la lepra.

Esta campaña de erradicación, laboriosa y costosa, se mantuvo durante 10 años y posteriormente, con algún período de interrupción, se mantiene, reiterando la vacunación en los niños con tuberculina negativos, vigilando escolares y otros grupos.

Los resultados de esta campaña, en unión de los factores sociales antes citados, se han hecho notar, pues ha desaparecido la meningitis tuberculosa infantil y la mortalidad por tuberculosis en la infancia, descendiendo asimismo los índices de morbilidad y mortalidad por tuberculosis a los niveles de las naciones Centro-europeas e inclusive con cifras inferiores a algunas de ellas.

La Campaña de Erradicación prosigue, realizándose revacunación en los casos de reacción tuberculínica negativa en niños y se sigue suministrando medicación profiláctica para los tuberculino positivos.

La acción asistencial y terapéutica, gracias a la extensión del Seguro Obligatorio de Enfermedad al 85 % de la población, se realizan con eficacia por los especialistas de esta institución y en la actualidad todos los enfermos pueden ser bien tratados ambulatoriamente, sin que carezcan de la mejor y más eficaz medicación, o bien internados en los centros asistenciales de estas enfermedades.

De análogo modo son asistidos todos los enfermos afectos de enfermedades del aparato respiratorio, tanto agudas como crónicas. En este último caso, si se llega a la incapacidad laboral, no pasan, como antiguamente, a ser ocupantes crónicos de camas de hospital, pues reciben pensión de incapacidad o jubilación y realizan, si está indicada, su asistencia domiciliaria.

Solamente los que hemos vivido épocas primitivas del año 20 y hemos visto la transformación, que tanto en los aspectos económico y social, así como en el sanitario, ha sufrido la sociedad en España, pueden valorar con objetividad y justicia la labor efectuada.

---

### **LA ACCIÓN ASISTENCIAL EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL TÓRAX**

---

Se ha expuesto, con los datos facilitados por el doctor Sagaz, cuanto se refiere a la creación y desenvolvimiento de la lucha contra las enfermedades del tórax y más señaladamente contra la tuberculosis, por haber sido esta la causa primaria y más importante que dio lugar a la creación y desarrollo de la citada.

Como complemento de la acción profiláctica contra las enfermedades del tórax, en especial contra la tuberculosis, que desarrollaban los dispensarios, resultaba imperiosa como complemento de ésta, la «Acción Asistencial».

Después de descubierto por el dispensario un foco de contagio, era en muchas ocasiones conveniente el realizar su aislamiento, así como su tratamiento, ya que no sólo era mejor realizado éste en régimen de internamiento en un centro especializado, sino que por razones sociales, económicas y sanitarias, no todos los casos se podían tratar en régimen ambulatorio, permaneciendo en sus domicilios, teniendo en cuenta que en estos primeros años, al no existir todavía el Seguro de Enfermedad, al sobrevenir la enfermedad, ésta producía la crisis económica de la familia, que no podía atender materialmente al enfermo.

Hacia el año 29, desempeñaba el cargo de presidente de la Diputación de Jaén el doctor Fermín Palma García, que, como hemos citado, era el jefe de los servicios quirúrgicos del Hospital Provincial de Jaén. El doctor J. A. Palanca desempeñaba por entonces el cargo de director general de Sani-

dad y era compañero de curso del doctor Palma, además de pertenecer ambos a la Sanidad Militar, uniéndoles una antigua amistad. El doctor Palanca, por razones familiares, estaba vinculado a la provincia de Jaén y se interesaba por la misma.

En conversaciones entre ambos surgió la idea de que la Dirección General de Sanidad podía donar una cantidad de cierta importancia (creo que alrededor de las 300.000 pesetas), para construir un sanatorio antituberculoso, pero como administrativamente no podía hacerlo a una entidad gubernativa, se ideó la formación de un Patronato Provincial Antituberculoso, que en principio estaba constituido por el gobernador provincial, el alcalde de Jaén, y el presidente de la Diputación.

La Diputación provincial, como base de aportación, cedió a este Patronato y para la citada finalidad, una finca de unas hectáreas de olivar, situada en la montaña cercana a Jaén, unos 7 kilómetros. Así mismo, el Ayuntamiento ofreció la donación del agua del raudal del Alamillo, en el que poseía propiedad, que la citada futura fundación precisara. La finca donada por la Diputación para la instalación del futuro sanatorio se enclavaba en el cerro denominado de Agua Nevero y de éste surgió más tarde el nombre de «Sanatorio El Neveral».

El arquitecto de la Diputación, don Luis Berges, se trasladó al extranjero para observar las características de la construcción de estos centros y redactó un proyecto para la construcción de un sanatorio-enfermería, de una capacidad de 110 camas.

Las obras se iniciaron en el año 1930, se terminaron rápidamente, pero no pudo realizarse la instalación y apertura del mismo por carecer de recursos económicos el Patronato Provincial.

El doctor Sagaz, en conversaciones con el doctor Palma y con el jefe provincial de Sanidad, planearon el lograr poner en marcha y hacer funcionar el sanatorio. Para ello se logró que el doctor Palanca donara, con cargo a los fondos de la Dirección General de Sanidad, la cantidad de 150.000 pesetas. Con esta cantidad y los precios de la época (se adquirieron las camas metálicas por 60 pesetas y las mantas, de buena calidad, por 30), se realizó la instalación de 110 camas, repartidas en las dos plantas de que constaba el edificio, más una inferior para albergar los servicios, cocinas, almacenes, etc. La planta superior constaba de 9 salas de 4 camas y algunos cuartos individuales de aislamiento, y la planta primera constaba también de 9 salas con 8 camas cada una y también algún cuarto de aislamiento.

Se adquirieron también los utillajes de desinfección, lavaderos, cocinas, almacenes, montaplatos, etc. necesarios para el funcionamiento correcto del centro. Así mismo, se adquirió un aparato de Rayos X, de suficiente calidad y rendimiento. Material de clínicas, aparatos de neumotórax, así como el que precisaba el laboratorio de análisis clínicos. Se instaló un quirófano, con una mesa de calidad y el instrumental preciso para la cirugía general y de pared torácica, así como el aparato de sección de adherencias que había adquirido el doctor Sagaz.

Con la modesta cantidad donada por la Dirección General de Sanidad se logró el poner en condiciones de funcionamiento el que se denominó «Sanatorio El Neveral». La plantilla inicial del personal técnico constaba, del director, doctor Sagaz, un médico residente, un practicante, 3 enfermeras y 6 religiosas de la Caridad y el doctor Palma, como cirujano colaborador. Se completaba esta plantilla con el personal laboral y de oficios. El centro poseía una furgoneta ambulancia para el traslado de víveres y de personal.

El «Sanatorio El Neveral» comenzó a funcionar el año 34. Para la subvención económica del centro, la Dirección General de Sanidad aportaba la cantidad de 10 pesetas diarias por cama. El personal cobraba con nómina aparte, no cuantiosa, pues el director cobraba 300 pesetas al mes y algo menos el médico residente y enfermeras.

Como esta situación de subvención no podía ser permanente, se acordó por el Patronato provincial la cesión del centro a la Dirección General de Sanidad, para que ella lo incorporara a los servicios estatales y a sus presupuestos. Ello se realizó a finales del año 34. En el año 35 se realizó la inauguración oficial, aunque el centro se encontraba ya hacía varios meses en pleno funcionamiento. Con esta fecha, por tanto, contaba la provincia de Jaén con una institución asistencial sanatorial, que sólo poseían Madrid, Barcelona y alguna otra población, con sanatorios para enfermedades de tuberculosis óseas, no contabilizando los sanatorios privados, para las clases pudientes.

Vamos, a continuación, a exponer los datos históricos relativos a la evolución de las estructuras y edificaciones del centro, para dar a éstos una mayor cohesión y perspectiva.

El «Sanatorio El Neveral» estuvo funcionando desde el año 34, a excepción del paréntesis de la guerra, en la que por un descuido se incendió la techumbre, ocasionando dos víctimas; el centro, con sus 110 camas, resultaba de capacidad insuficiente, pues de ellas, desde el principio, se destinaron al tratamiento de la sílico-tuberculosis 20 camas de hombres, e

igualmente Madrid se reservó un cupo importante, pues la carencia de camas de sanatorio obligaba a los enfermos a esperas de 6 meses o un año, con unas trágicas listas para ingresar en estos Centros. Todo ello, así como el que España precisaba para ponerse a nivel de las cifras de camas por habitante exigidas por el Mercado Común el incrementar el número de éstas, obligó a iniciar una campaña de modernización y ampliación de los centros asistenciales. El doctor Palanca, todavía en la Dirección General de Sanidad, nos ordenó la presentación de un proyecto de ampliación de «El Neveral» para 400 camas. Lo realizó el arquitecto provincial señor López Rivera, fue aprobado por la superioridad y las obras se iniciaron el año 50, sin dejar de funcionar por ello el bloque de construcción primitivo. Para esta ampliación se construyó otro bloque adosado al antiguo con 7 plantas, de las cuales 5 se destinaban a clínicas y enfermerías, éstas eran de 4 camas y con una cabida aproximada por planta de 80 enfermos. Estaban dotadas de galería de reposo, servicios clínicos, cuartos de aislamiento, etc. En este nuevo edificio se instalaron unos nuevos y completos servicios quirúrgicos en la planta 2.<sup>a</sup> con quirófano e instalaciones modernas y, un grupo de camas, como unidad independiente, que no existían en el pabellón antiguo.

Además de que cada planta tenía el correspondiente servicio de curas y exploración, en la planta 3.<sup>a</sup> se instalaron los servicios centralizados de Radiología, con dos aparatos más tarde completados con un planígrafo. Dos clínicas para la realización de los tratamientos colapsoterápicos. Clínica de Cardiología, con electrocardiógrafo, permaneciendo los laboratorios y banco de sangre y espirometría en las salas del pabellón antiguo, que realizaban la conexión con el bloque nuevo.

La entrada del centro se adecuó por la puerta principal del nuevo bloque construido, radicando en ésta los ascensores, montacamillas, alojamientos del personal médico, dormitorios del personal, administración, etc. La dirección, secretaría, archivo y demás se situó en la planta 1.<sup>a</sup>.

El funcionamiento de la nueva construcción se inauguró el año 55, por haberse demorado la entrega de la obra. Se encamaron en estas 5 plantas los 400 enfermos y en las dos más inferiores lo anteriormente señalado, de servicio de recepción, administración, etc., y la planta más inferior se adecuó para iglesia, sección de necropsias, con comunicación de salida aislada y algún almacén, calderas, transformadores, etc.

Las enfermerías, como antes señalamos, eran de 4 camas, con lavabo y armario por enfermo, pero los aseos estaban situados independientes. Todas las plantas tenían unas hermosas y bien orientadas galerías de reposo cubiertas (que en el primitivo no lo estaban). En cada planta, salvo en la tercera, donde había más espacio destinado a servicios clínicos, se

encamaban un promedio de 80 enfermos, destinándose las plantas 5.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup> a mujeres y las otras 3 restantes para hombres, por ser esta enfermería más numerosa. Todas estas plantas tenían, además, su comedor y sala de estar con televisor. Inmediatamente de ponerse en funcionamiento la nueva edificación se iniciaron las obras de reforma y consolidación del edificio primitivo, comenzándose éstas en el año 68 hasta el 71.

En esta reforma se adecuaron la residencia del personal religioso que atendía al centro, tanto en el aspecto funcional como en el técnico con sus enfermeras tituladas. En la planta de enfermerías 1.<sup>a</sup> se instalaron los servicios quirúrgicos, ocupando éstos la totalidad de la misma, con un quirófano nuevo amplio y sus instalaciones complementarias, así como 8 salas, para dos camas, que utilizaban el operado y un familiar acompañante o dos enfermos post-operados, ya en convalecencia. Estas salas tenían todos los aseos incorporados, unidad de vestuario con armarios, comedor, sala para familiares, dotada de confort y eficacia. Como anécdota, referiremos que el doctor Sagaz estrenó con su persona, como enfermo, el quirófano y estos servicios, el año 71.

La planta 2.<sup>a</sup> de este bloque antiguo se había igualmente reformado, instalándose 9 salas para un solo enfermo y con una abatible para el acompañante. Tenían su aseo incorporado, galería al aire libre, comedor, sala de estar con televisor. Esta planta estaba destinada para casos de urgencias y aislamientos precisados de una asistencia más continua y eficaz por razón de su gravedad y menor número de enfermos.

La reforma de las estructuras de las plantas de enfermerías antiguas fue completada con las de planta más inferior de semisótano, reformando y modernizando las cocinas, sustituyendo el carbón por gas. Almacenes, con instalación de amplias cámaras frigoríficas. Lavaderos, con ampliación de éstos y nueva maquinaria, desinfección, y más adelante la instalación de la central de oxígeno y de vacío, con la que se había dotado a todo el sanatorio.

En el año 64, debido a la regresión de la curva de morbilidad de la tuberculosis y estimar por ello la superioridad la utilización más amplia de los sanatorios, se había modificado la función de éstos designándolos como de lucha antituberculosa y contra las enfermedades del tórax; ello llevó consigo el ejecutar nuevas obras de modernización progresiva de las enfermerías, adecuándolas a su nueva misión.

Por ello, en los años 73 y 74 se realizaron las obras de la citada reforma de la planta 3.<sup>a</sup> mejorando los espacios de la sección de Radiología, que había recibido también nueva instalación, instalando a continuación de

ésta una sala para Broncoscopia y Broncografía, sustituyendo las salas para realización de neumotórax, que ya no se practicaba. Instalando una nueva sala de Rayos X para exploraciones clínicas, otras para el servicio de Cardiología-insonorizada. Sala para tratamientos por Ventiloterapia y Aereosoterapia y, aprovechando el espacio de la antigua galería de reposo, que no precisaban los enfermos agudos que se acogían, se instaló una sala de gimnasia respiratoria y recuperación funcional. Estaban instalados a continuación la sala de exploraciones funcionales, Espirometría-Gasometría, etc., con nuevos aparatos y, por último, una nueva instalación amplia para farmacia y almacén.

Las salas para enfermos eran de dos camas, con armarios y aseos incorporados, canales de oxígeno y vacío, así como hilo musical, etc. Se había sacrificado en este proyecto de los servicios centrales de arquitectura, la galería de reposo, para obtener el espacio necesario para aseos.

Se prosiguió la reforma de las estructuras e instalaciones, con cuantiosas inversiones y en el año 75 se realizó análoga reforma en los pisos de enfermerías 1.º y 2.º.

En el piso 2.º, aunque la unidad quirúrgica se había trasladado como unidad aislada a la planta 1.ª del antiguo bloque, se conservó el quirófano existente en esta planta, considerándolo como quirófano auxiliar, así como las enfermerías de dos camas situadas frente al mismo. Las restantes enfermerías se transformaron con análogo patrón que las del piso 3.º, con dos camas y aseos incorporados. En el cuarto de estar se instaló un salón de sesiones científicas y una biblioteca, que donó el doctor Sagaz.

En la planta de entrada se realizaron obras de embellecimiento con paramentos de mármoles. instalación de un servicio de recepción de enfermos con despacho médico, para la asistente social, oficina de recepción, ficheros centrales y otro aparato de Rayos X, para los citados servicios de recepción.

Igualmente fueron objeto de reforma y mejora la residencia de los médicos, las instalaciones eléctricas, ascensores, montacamillas y montaplatos.

El alojamiento de la religiosas en el pabellón antiguo fue también objeto de obras de reforma y consolidación, todavía no concluidas.

En el año presente se llevarán a cabo las obras restantes de las plantas 4.ª y 5.ª para que quede el Hospital de enfermedades del tórax «El Nerval» a un nivel moderno y funcional, en relación con su cometido. La tuberculosis, desde el punto de vista numérico de los enfermos encamados, ha

quedado reducida a menos de una tercera parte del total de los acogidos que ocupan actualmente estas plantas.

Con los datos recogidos por la redacción queda reflejada la evolución histórica que ha desarrollado el edificio de «El Neveral». Ello puede parecer prolijo e innecesario, pero resulta conveniente como complemento de los datos relativos a las distintas facetas funcionales desarrolladas en el mismo a lo largo de más de 40 años. Peše a todas las obras y modificaciones reseñadas, la labor de «El Neveral» no se paralizó en ningún momento, aunque como es lógico hubo variaciones en la intensidad de la misma.

Vamos a glosar a continuación cuanto se refiere al desarrollo de las distintas facetas del trabajo realizado en estos 40 años en «El Neveral».

Comenzamos por lo que se refiere a la evolución de los tratamientos médicos, incluyendo entre éstos los colapsoterápicos no quirúrgicos, ya que constituyeron uno de los principales recursos terapéuticos específicos.

Desde los primeros meses se realizaba el tratamiento medicamentoso de los enfermos, aunque dada la escasa o nula existencia de una medicación eficaz, ésta se reducía al tratamiento sintomático, con antitérmicos, antitusígenos, y aquella otra medicación, al uso en aquellos tiempos, como las sales de cal, a la que se les imputaba una acción antiinflamatoria y favorecedora de la calcificación de las lesiones. Todavía no existían en el mercado los preparados vitamínicos y tan sólo se utilizaba como tal el clásico aceite de hígado de bacalao puro o en emulsión, nada agradable de ingerir. La única medicación de carácter específico que se aplicaba era el tratamiento por sales de oro, recientemente lanzada por Moollgar en Dinamarca y que el doctor Sagaz, conoció en los servicios del doctor Marañón, bajo la orientación del profesor Saye, que la había introducido en España en el año 28. Se utilizaba con orientación terapéutica específica la tuberculina, que ya KOCH había intentado sin éxito, debido a técnicas no apropiadas. La aplicación de las sales de oro y de la tuberculina exigían un determinado tipo de lesiones más bien mínimas y con tendencia regresiva, utilizándolas con una dosificación muy selectiva y ajustada.

En la primera etapa de trabajo de «El Neveral» se consideró como medida de prudencia el seleccionar el ingreso de los enfermos, rechazando los que se encontraban en fase avanzada o incurables, ya que con éstos no se acreditaría el centro y sí provocaría el que lo rehuyeran los casos iniciales y con más posibilidades de tratamiento y curación. Esta selección permitía el utilizar la medicación específica antes señalada, contraindicada para los casos avanzados.

Entre éstos, recuerda el doctor Sagaz los casos de los que llegaban en fase de tisis avanzada, con sus complicaciones de laringitis o enterocolitis, a los que únicamente se les podía tratar con sedantes y morfina, ya que no podían ni tragar y su tos o sus diarreas les mantenían en sufrimiento constante. Hace años que estas complicaciones, como la meningitis, dejaron de observarse.



Entre pinos y olivares, no cupo mejor situación para la asistencia de los enfermos de tórax.

La cura higiénico dietética de reposo al aire libre constituía una de las piezas más fundamentales de los tratamientos, para aquellos casos en los que no era posible realizar una terapéutica de colapso por el neumotórax intrapleurales gaseoso.

La colapsoterapia, con esta modalidad no quirúrgica que el doctor Sagaz había conocido y practicado desde el año 24 en la Sala del profesor Codina, se aplicaba como la terapéutica más eficaz en los casos en que estaba indicada. Ella, no sólo con el colapso del pulmón enfermo, favorecía la evolución curativa de éste, sino que evitaba los accidentes hemoptoicos y sí lograba cerrar la lesión ulcerada aseptizaba o anulaba su contagiosidad. Ello también permitía el que el tiempo de encamamiento disminuyera, pues estos enfermos continuaban estos tratamientos, ya sin peligro para

sus familiares, de modo ambulatorio en sus domicilios, e inclusive podían incorporarse al trabajo, si éste no era rudo.

Por estas razones, si no existía contraindicación lesional, el neumotórax se intentaba con la mayor frecuencia. Como antes señalábamos, de modo similar, se realizaba en el dispensario.

Eran, pues, numerosos los casos de enfermos sujetos a este tratamiento, con el cual se podía obtener un porcentaje de curaciones del 100 % si eran buenas indicaciones y hasta un 60 ó 70 % en casos más graves. El promedio de estos enfermos en tratamiento era de 80.

Las complicaciones de este tratamiento, que con cierta frecuencia surgían, así como la necesidad de realizar tratamientos complementarios, como la sección de adherencias pleurales, se citarán en la exposición de las técnicas quirúrgicas.

Con menor cuantía, se aplica también en los casos apropiados el colapso por medio del neumoperitoneo, método con algún peligro, como el neumotórax. No obstante, el número de accidentes observados fue relativamente escaso. Las secuelas de importancia, complicaciones graves y fracasos de la terapia por neumotórax no quirúrgico, han sido muy inferiores a los observados en otros centros.

En la etapa desarrollada desde el año 64, en la que el centro amplió su acción a las demás enfermedades cardio-respiratorias, originó un cambio total en la terapéutica, ya que el tipo de enfermos que ingresaban con procesos agudos, como los síndromes asmáticos en fase grave o las broncopatías y cardiopatías descompensadas, obligaron a realizar su tratamiento con la medicación apropiada asociada a la oxigenoterapia, aereosoles, sueroterapia iónica y demás remedios. Así mismo, estos enfermos, posteriormente, en los casos indicados, tienen que ser sometidos a curas de recuperación funcional. Para todo ello, como hemos señalado, el centro modernizó su utillaje.

Si los primitivos enfermos tuberculosos permanecían encamados un promedio de 6 meses, estos últimos enfermos, de modalidad más aguda, permanecían semanas. Ello dio lugar a que el número de ingresos anuales, que en la primera fase, con 110 camas, originaba una cifra anual de unos 250 enfermos y que cuando se amplió el sanatorio el año 55 a 400 camas se incrementó a los 800 ingresos anuales, en los últimos años se ha casi duplicado. Tomando como base estos datos, podemos decir que en 40 años de trabajo se han tratado en el Hospital de enfermedades del tórax «El Nederal», más de 25.000 enfermos.

Vamos a exponer a continuación la faceta relativa a la actividad Quirúrgica de «El Neveral» y su evolución histórica, ya que es en la que principalmente ha destacado.

El doctor Sagaz nos refiere que su iniciación en la cirugía torácica comenzó en el 27, al estudiar el primer tratado de cirugía del tórax, publicado por el profesor SAUERBRUCH en estas fechas. Este tratado causó un fuerte impacto en los cirujanos generales, que eran los que realizaban algunas intervenciones torácicas de pared, ya que las intratorácicas no era factible llevarlas a cabo, dado que la apertura de la cavidad torácica, al perder su presión negativa, originaba el desequilibrio funcional cardio-respiratorio que causaba la muerte del enfermo. Por esta razón, si en algún caso se actuaba sobre pulmón, era por existir una sínfisis pleural que evitara el citado disturbio.

El doctor Sagaz desarrollaba una actividad similar a los llamados actualmente turnos rotatorios y simultaneaba su trabajo de clínica médica con la asistencia a las clínicas quirúrgicas de los profesores Jiménez Guinea (llamado el cirujano de los toreros), y Viguera. Este último comenzó a poner en práctica las técnicas quirúrgicas que para el tratamiento de la tuberculosis preconizaba SAUERBRUCH en su tratado. Estas eran la frenicectomía, la toracoplastia para-vertebral columnaria, e incluso la apertura de la caverna. SAUERBRUCH era, además, el promotor de la baronarcosis, para la cual había ideado una cámara-quirófano con hipopresión, que le permitía abrir la cavidad torácica, ya que esta presión negativa exterior evitaba el colapso pulmonar. Así mismo, en su tratado exponía con BRAUER los fundamentos de la colapsoterapia, tanto médica gaseosa, como quirúrgica.

El doctor Sagaz aprendió estas técnicas, que se iniciaban en España, y vivió las incidencias de su aplicación, pues al realizar éstas, sin una indicación correcta, que todavía no era conocida, ni ir precedidas de un estudio funcional, e inmunológico del enfermo, los resultados, a excepción de las intervenciones mínimas, como la frenicectomía, eran catastróficos, pues eran realizados toracoplastias con resección de 10 costillas en un solo tiempo quirúrgico, en enfermos de tipo avanzado y en ambiente hospitalario, faltando la importantísima faceta de la vigilancia post-operatoria. Estos resultados provocaban que cuando a un enfermo se le proponía una toracoplastia, pedía el alta inmediatamente.

El doctor Sagaz continuó realizando temporadas de ampliación de estudios en los «Sanatorios Nacionales de Victoria Eugenia» y pabellón de tuberculosos del «Hospital del Rey», con los doctores Partearroyo y Torres Gost. Durante las mismas aprendió la técnica de la sección intrapleural de

las adherencias pleuro pulmonares, intervención indicada para corregir o completar el colapso por neumotórax gaseoso. Esta técnica, por la citada fecha, no se realizaba más que en Madrid y Barcelona. El doctor Sagaz comenzó a realizarla en Jaén, por estas fechas, pues había adquirido privadamente un equipo de toracoscopia.

En 1934 y 35 el doctor Sagaz, en los servicios quirúrgicos del profesor Goyanes, prestigioso cirujano de renombre internacional, por su trabajos sobre cirugía vascular, aprendió la técnica del neumotórax extrapleurales quirúrgico, con relleno de aceite o parafina, que más tarde complementó con las técnicas preconizadas por SCHMIDT, del neumotorax extrapleurales, con sostenimiento del colapso por inyecciones periódicas de aire.

Es de señalar que en el año 32 y 33 y gracias a la colaboración del doctor Palma, se realizaron en sus servicios frenicectomías y neumotórax extrapleurales y alguna toracoplastia, con cero de mortalidad. Estos hechos situaron a la provincia de Jaén como una de las pioneras de la cirugía torácica española.

Al comenzar a funcionar el «Sanatorio El Neveral», en el que se había instalado un pequeño quirófano, se comenzaron a realizar en éste las intervenciones anteriormente citadas, tanto en los enfermos internados como en los del dispensario, en los que estaba indicada una sección de adherencias para sus neumotórax o una frenicectomía. Se había adquirido el suficiente instrumental para realizar cirugía torácica de pared, toracoplastias e intervenciones costo-pleurales. Éstas se llevaban a cabo con anestesia local, más adelante, complementada por sedantes generales, no mórnicos, ya que la anestesia por éter o cloroformo, que era la usual, se rechazaban para las intervenciones torácicas, por sus posibles complicaciones respiratorias. La selección de los enfermos con indicación precisa de estas terapias, así como un estudio funcional clínico, como las pruebas de esfuerzo, apnea voluntaria, respiración en decúbitos, etc., sustituían a la falta de aparatos de espirometría, todavía no usuales en España. Ello permitió el que la mortalidad y complicaciones fuera mínimas y los enfermos, no sólo aceptaban la propuesta operatoria, sino que instaban a realizarla, llegando en algún caso a simular una hemoptisis para ir al quirófano.

Las toracoplastias no se realizaban con la primitiva técnica cruenta de SAUERBRUCH, que producía una alta mortalidad, sino con las técnicas francesas de toracoplastias parciales y realizadas en más de un tiempo quirúrgico, lo que permitía obtener unos buenos resultados y mortalidad mínima.

Como el número de neumotórax en tratamiento era muy importante, pues cuando el sanatorio alcanzó su volumen total se llegaron a mantener

80 neumotórax en curso, con punciones semanales, teniendo que actuar dos médicos por sesión, ello fue acompañado del incremento de las operaciones para seccionar las adherencias que en los citados se observaban, impidiendo su eficacia. Se llegaban a realizar una y dos sesiones semanales y 2 ó 3 enfermos por sesión.

La frenicectomía ya mencionada era practicada en los casos indicados y a veces asociada a la técnica del neumoperitoneo, así como ésta individualmente.

Además de la toracoplastia, después de los años 40, se comenzó a utilizar el drenaje de las cavernas, con el método de Monaldi, que gozaba en Italia de gran aceptación, a veces se llegó a completar este método con el estudio y tratamiento de la caverna por la cavernoscopia, sin llegar en esta primera etapa a la posterior de la cavernostomía.

Siguiendo las ideas de SCHMIDT, después del año 40, se realizaron numerosos neumotórax extrapleurales, con anestesia local y mantenimiento posterior inyectando aire, con presión adecuada, durante un promedio de 6 meses a un año. En esta técnica se llegó a alcanzar un número de intervenciones de los más altos de España, con unos resultados superiores a los de algunos cirujanos, como Alderberger en Alemania, en cuya estadísticas se daban cifras de mortalidad de un 24 %, mientras que en la nuestra se obtenía un 10 %.

El doctor Sagaz, que como anteriormente hemos citado, había consolidado por oposición su plaza de director en el año 41, además como justificación de su capacidad quirúrgica, realizó y obtuvo la oposición de cirujano de tórax en el año 42, siendo más tarde designado juez del Tribunal de las posteriores oposiciones para cirujanos de tórax de los sanatorios nacionales, lo que valoraba el prestigio alcanzado.

Ya en estas fechas la anestesia se había perfeccionado realizándola mixta, local conjunta con sedantes no mórficos, o gaseosa con pequeñas cantidades de éter. Se comenzaron a realizar transfusiones sanguíneas, utilizando preferentemente la técnica de las pruebas cruzadas; ello suponía una ventaja en la recuperación de los operados y en el tratamiento de sus complicaciones. Se comenzó a usar un modesto bisturí eléctrico y el instrumental quirúrgico se incrementó en cierta cuantía.

En el año 45 se pudo adquirir por gestión directa del doctor Sagaz, y a su cargo, uno de los tres aparatos suecos que habían llegado para una exposición científica a España, que se utilizaban en la anestesia general controlada, o por baronarcosis, así como un aparato de Rayos X portátil norteamericano, que permitía la vigilancia de los enfermos sin tener que

movilizarlos en una situación de gravedad. El doctor Sagaz se desplazó a Madrid para ir conociendo las modernas técnicas de anestesia general por gases no inflamables como el nitroso.

Como los conocimientos observados en Madrid eran insuficientes, el doctor Sagaz, en el año 50, se trasladó por su propios medios a Estocolmo, asistiendo a los servicios quirúrgicos del profesor Craaford, de renombre mundial, por sus técnicas de exéresis pulmonar, así como por haber sido el primer cirujano que realizó la operación de la coartación o estrechamiento de la aorta, la que seccionaba y unía, con gran admiración de los que consideraban imposible tal acto.

En los servicios del profesor Craaford aprendió el doctor Sagaz las técnicas de la intubación endotraqueal y el manejo del Spiro-pulsator, de la casa Aga, que era el mismo tipo de aparato que el que había adquirido para Jaén cuando no había más que uno en Madrid y otro en Barcelona.

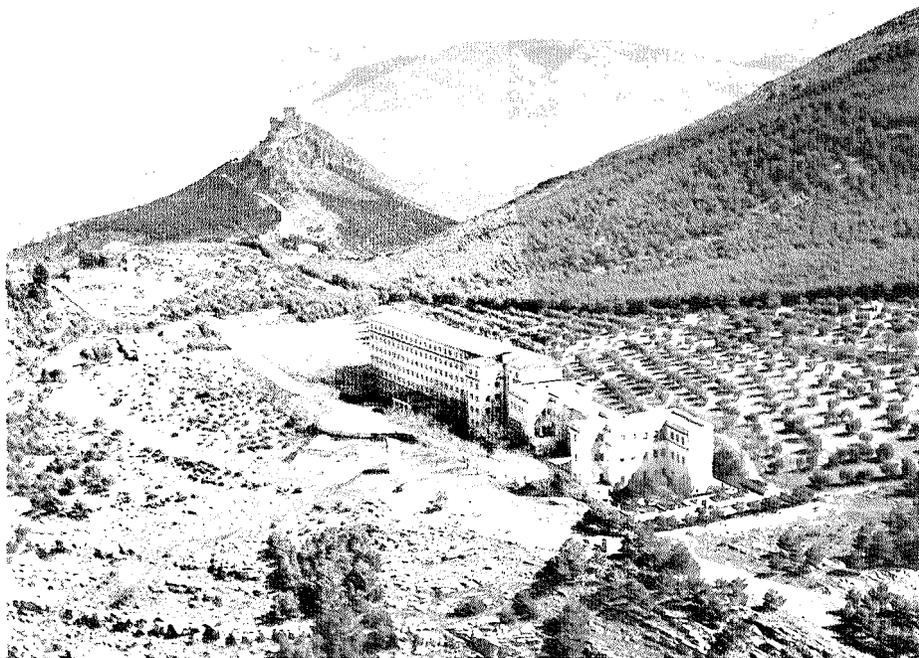
Aprendió las técnicas de la resección pulmonar, cateterismo cardíaco, etc., así como asistió también a los servicios del profesor Carlens, donde aprendió el manejo de los aparatos de espirometría y de las sondas de su nombre, para bloquear aisladamente un pulmón y realizar broncoespirometría u operar un pulmón aislado y en reposo ventilatorio.

A la clínica del profesor Craaford acudían enfermos y médicos de todos los países y razas, de sus enseñanzas y amabilidad conserva el doctor Sagaz un grato recuerdo.

A su regreso a España puso en marcha las técnicas de la anestesia con respiración automática controlada por curarización y gases de protóxido de nitrógeno-éter, así como la intubación endotraqueal, que le permitieron realizar las primeras intervenciones de cirugía intratorácica y realizar las técnicas de la resección pulmonar en aquellos enfermos de tuberculosis pulmonar en la que estaba indicada. Progresivamente esta anestesia se extendió a todos los procesos de enfermedades torácicas con indicación quirúrgica, como quistes, afecciones pleurales, tumores e incluso la colapso-terapia, abandonando para ésta la anestesia local, con lo que los sufrimientos de los enfermos desaparecían.

Las anestésias, previa intubación endotraqueal por el doctor Sagaz, las realizaba una enfermera religiosa titulada, que aprendió las citadas y que ya tenía práctica anterior de las técnicas de anestesia general. Esta anestesista asimiló con perfección el manejo del aparato de anestesia Spiro-pulsator de Aga y por sus condiciones de extrema laboriosidad y competencia participó como miembro insustituible en el equipo quirúrgico de «El Neveral» durante más de 20 años. Su labor no era sólo la del acto

operatorio, sino la valoración y observación de la respiración del enfermo preoperatoriamente y la vigilancia post-operatoria, que es el tiempo más importante de la Cirugía General y de la torácica en especial.



El castillo de Santa Catalina y el Sanatorio «El Neveral» en constante armonía.

Con técnicas de exploración funcional, preferentemente clínicas y radiológicas, así como alguna prueba circulatoria se llenaban las necesidades de la exploración funcional de los enfermos pre-quirúrgicos, hasta que posteriormente se fueron adquiriendo diversos modelos de Espirómetros y analizadores de gases, que permitieron realizar exploraciones más perfectas. Este perfeccionamiento de la exploración funcional, de las indicaciones quirúrgicas, la mejor técnica de la anestesia y de la reanimación post-operatoria; la utilización correcta y cuidadosa de la transfusión y la gran ventaja que significó para todo acto quirúrgico la aparición de las sulfamidias y más tarde de los antibióticos, con los cuales la complicación infecciosa se dominó (aunque nosotros, en tiempos anteriores, prácticamente no la observamos y no hemos padecido las llamadas infecciones hospitalarias). Más posteriormente, la aparición de la medicación específica antituberculosa logró una mejor preparación pre-operatoria e inmunología de los enfermos y la aplicación de un tratamiento medicamen-

tosos post-operatorio, que evitaba las complicaciones y recidivas de la enfermedad.

A partir de las fechas antes citadas, la actividad quirúrgica del centro fue incrementándose, pasando a un segundo plano las llamadas intervenciones menores, tanto por haber disminuido las indicaciones de la colapso-terapia, como consecuencia de la aparición de una eficaz medicación específica y por sustituirse con las técnicas quirúrgicas de la resección, o tratamiento directo de la lesión por cavernostomía. Pese al aumento de la calidad e importancia de las nuevas técnicas quirúrgicas, éstas superaban anualmente la cifra del centenar de grandes intervenciones. En una mirada retrospectiva podemos hacer un cálculo global, que en 40 años de actividad quirúrgica de «El Neveral», se realizaron más de 5.000 intervenciones torácicas.

El doctor Sagaz nos proporciona los datos relativos a los resultados de esta labor. Éstos fueron satisfactorios, ya que hubo años en que no ocurrió ninguna defunción y el promedio de éstas fue de un máximo de un 10 %, cifra inferior a la de los centros europeos y americanos, aunque aventajados por los holandeses.

La labor quirúrgica del «Sanatorio El Neveral» había tenido repercusión nacional y por ello la Secretaría General del Patronato, al planificar una regionalización para cubrir las necesidades quirúrgicas de los enfermos sanatoriales, en X-49 designó a «El Neveral» como centro quirúrgico regional para Andalucía, teniendo por ello que atender esta región, a la que se sumaban las camas de cupo reservado para Madrid y Ciudad Real, atendiendo así mismo a enfermos de otras provincias, como Albacete e incluso Ceuta, Melilla y Canarias.

Para conocer nuevas técnicas quirúrgicas, así como contrastar las utilizadas, el doctor Sagaz, en los años 52 al 54, se trasladó varias temporadas a Lyon, para trabajar en los servicios de cirugía del profesor Santy, en el Hospital Henriot. Entabló amistad con el jefe de los servicios de cirugía torácica del profesor Santy, el profesor Marcel Berard, que era el presidente de la Asociación Internacional de Cirujanos Torácicos y que había llamado la atención mundial con su técnica de la Costo-Pleuro-Neumectomía. En los servicios oficiales y privados del profesor Berard fue acogido con la abierta hospitalidad que practican los profesionales franceses, asistiendo con él a las sesiones quirúrgicas que realizaba en los sanatorios de montaña de Hauteville y del Jura. Todo ello le permitió no sólo conocer el estado de sus técnicas, sino el de su organización y métodos de trabajo. Recuerda el doctor Sagaz que en estas temporadas

asistió a muchos compatriotas exiliados, ya que la colonia de aquella región era por entonces de 250.000 españoles.

Posteriormente, el doctor Sagaz alternó sus viajes a Lyon con otros a París, donde asistió a los servicios del profesor Olivier Monod, muy acreditado por sus técnicas de las resecciones pulmonares segmentarias y a la de Maurer, acreditado en las lobectomías y con importantes trabajos sobre esta técnica.

Durante una de sus estancias en Lyon, el profesor Berard aconsejó al doctor Sagaz visitara en Holanda los servicios de cirugía torácica del profesor Klinkenberg, ya que éste, en sus publicaciones, presentaba unas estadísticas sobre resecciones pulmonares no sólo muy numerosas, sino con una mortalidad muy inferior a las de otras naciones. Sus cifras de mortalidad eran solamente del 2 por 1.000, mientras en Centro-Europa, América y España oscilaban entre el 10 al 12 por 100.

El doctor Sagaz se trasladó a Utrecht en los años 55 y 56, donde se puso en relación y entabló amistad cordial con el citado cirujano torácico doctor Klinkenberg. Éste poseía un biotipo y características sociales más latinas que nórdicas. Operaba 5 días en semana, por la mañana en el Hospital General de San Antonius, de 2.000 camas, y por las tardes el doctor Sagaz también le acompañaba a las sesiones quirúrgicas que realizaba en los sanatorios antituberculosos regionales, como el llamado Berg en Bosch y otros. Esta actividad quirúrgica le permitía realizar un mínimo de 4 resecciones pulmonares diarias y por ello la cifra de estas intervenciones realizadas por él superaba las 1.500 resecciones pulmonares, cuando la de la mayoría de los cirujanos de tórax se contaban sólo por unos centenares. Esta experiencia numérica y su extrema habilidad manual, le permitía realizar una neumectomía o lobectomía en veinte minutos. El doctor Sagaz recuerda que el profesor Craaford empleaba más de dos horas para estas intervenciones.

Los buenos resultados obtenidos en estas clínicas estaban justificados, no sólo por su habilidad, sino a que operaban enfermos en fases iniciales, con lesiones mínimas y vírgenes de medicación específica, ya que ésta sólo se suministraba en régimen de internamiento.

El doctor Sagaz asistió varias temporadas a los servicios del profesor Klinkenberg, el cual le permitía actuar de ayudante del equipo quirúrgico. De su abierta y afectuosa personalidad guarda el doctor Sagaz recuerdos imborrables. De él escuchó esta cordial frase: doctor Sagaz, celebros haya estado usted con nosotros, pues estoy seguro que ha de realizar una labor importante de ayuda a sus conciudadanos».

Como anécdota de su estancia en Utrecht, refiere el doctor Sagaz que los sábados, en unión de otro compañero español cirujano de sistema nervioso, se reunían tarde y noche con los componentes de un equipo de cirugía de cráneo que montaba guardia permanente en estos días de fiesta, pues por las nieblas y el hielo de las autopistas eran alrededor de la docena los ingresos con fracturas de cráneo que se asistían.

Desde Holanda, realizó el doctor Sagaz alguna visita breve a Alemania, no permaneciendo allí tiempo, pues esta nación todavía se encontraba en período de post-guerra y sus técnicas de cirugía torácica estaban en situación inferior a Holanda.

Posteriormente, el doctor Sagaz realizó otras temporadas de trabajo en Roma, asistiendo a los servicios del profesor Di Paola, que era uno de los cirujanos torácicos con mayor experiencia en la técnica de la decorticación pleural. Su habilidad en esta intervención le permitía extraer el saco pleural completo, sin su abertura, disecándolo a través del plano extrapleural y mediastínico.

Asistió también a las clínicas de los profesores Valdoni y Doglioti, e igualmente aprendió la técnica del profesor Abruzini, para el tratamiento, por la vía esternal intramediastínica, de la fístula bronquial infectada, post-neumectomía, intervención delicada que le permitió a su regreso el operar el segundo caso operado en España, así posteriormente otros, logrando con esta técnica salvar a estos enfermos afectados por una complicación mortal.

La actividad quirúrgica del Hospital de enfermedades del tórax «El Neveral», que hasta los años 50 casi exclusivamente se había aplicado en la terapéutica quirúrgica de la tuberculosis, va ensanchando su radio de acción y se intervienen toda clase de afecciones respiratorias, decorticaciones pleurales, toracoplastias pleurales, quistes hidatídicos, bronquiectasias, quistes pulmonares, enfisema vesicular, tumores, etc., y algunas hernias diafragmáticas intratorácicas, con la colaboración del doctor Palma Rodríguez.

Como anteriormente se mencionó, la aparición de una eficaz medicación específica, después de la estreptomina, la hidrazida, en el año 54, provoca el descenso de las cifras de intervenciones por tuberculosis y el incremento de las indicaciones no tuberculosas. Ello fue también acompañado a que desde el año 64, en que «El Neveral» actúa como Hospital de enfermedades del tórax, los enfermos que ingresan lo hacen con las diversas enfermedades del aparato respiratorio, además de la tuberculosis.

No cree conveniente el doctor Sagaz extenderse más en esta importante faceta de la actuación quirúrgica de «El Nerval». La labor que hemos reflejado ha sido amplia, numerosa y progresiva. Durante la misma, como antes se expuso, se realizaron más de 5.000 intervenciones. Se formaron profesionales y que han continuado con éxito y prestigio la labor iniciada por el doctor Sagaz, que fue pionero de la cirugía torácica en España.

Vamos, a continuación, a mencionar escuetamente los datos que nos proporciona el doctor Sagaz en relación con las demás actividades científicas de «El Nerval».

Desde su iniciación, en «El Nerval» se instaló una «Sección de Cardiología», modestamente instalada, con un electrocardiógrafo de rayo luminoso, que en unión de unas sencillas pruebas de circulación, se utilizaba para el diagnóstico y estudio funcional de los enfermos pre y post-operados. Más adelante se sustituyó el primitivo aparato por otro portátil, de inscripción directa, termosensible (que en la actualidad todavía está en funcionamiento). Con la aplicación de la plantilla médica, se incorporó a ésta un acreditado cardiólogo que se hizo cargo de la sección, montándose más tarde la sala de exploración, reformada con aislamiento, y nos envió la Dirección General de Sanidad un electrocardiógrafo de 4 canales, con lo que el servicio ya quedó mejor dotado. Más tarde, en relación con el montaje e instalación de una unidad de vigilancia intensiva, se dotó ésta de un monitor central para la vigilancia de los enfermos de la citada, con cardioscopios, electrocardiógrafo, desfibrilador, etc. Igualmente, la clínica posee material para realizar sondaje cardíaco, que alguna vez se ha realizado, aunque por estar esta sección de «El Nerval» en contacto directo con las clínicas de cirugía cardíaca de Madrid, se remiten allí los enfermos, después de su estudio.

Se ha seguido utilizando el servicio, además del estudio pre-operatorio, para el diagnóstico y vigilancia de los numerosos enfermos afectados de procesos cardio-circulatorios que son ingresados por estas causas.

La sección de laboratorio para análisis clínicos ha ido evolucionando. Desde la primera etapa en que «El Nerval» tenía que contar con la colaboración del laboratorio del Instituto Provincial de Sanidad, se pasó después del año 43, a la realización en el centro de la velocidad de sedimentación, análisis bacteriológico de los esputos, análisis de orina, urea en sangre, coagulación, etc. Estos análisis al principio los realizaba uno de los médicos y más tarde conjuntamente con una enfermera religiosa, experta en estas técnicas.

Posteriormente, cuando se realizó la ampliación del Sanatorio el año 55, se instaló en un local apropiado; su utillaje se había ampliado con dos microscopios, centrífugas, estufas de desecación y cultivo, comenzando a funcionar más perfectamente el banco de sangre, con el material apropiado. El personal técnico se modificó, haciéndose cargo de éste un médico analista, con dos auxiliares. Completada la reforma del local el año 68, el laboratorio fue aumentando su utillaje con otro nuevo y moderno microscopio (había 3), estufas de cultivo, aparatos para técnica de fotocolorimetría, proteinograma y por último un fotómetro de llama, con lo que la eficacia de esta sección resultaba apropiada para las necesidades analíticas del Centro.

En relación con los servicios de radiología, el doctor Sagaz nos informa que el centro adquirió para su inauguración, el año 34, un aparato de Rayos X, con válvula, de rendimiento 100 × 100. Con este aparato, que ha estado en funcionamiento hasta el año 74, se realizaron las exploraciones de radioscopia en miles de enfermos y todas las radiografías durante más de 30 años.

Posteriormente, al ampliarse el centro a 400 camas, se instaló otro aparato de Rayo X más potente, asociado a un planígrafo, que era muy preciso para la exploración de los enfermos y que en los primeros tiempos se suplía realizando radiografías muy selectivas, con antidifusor y posiciones adecuadas, para la mejor captación de la lesión. Del manejo de la instalación radiológica se encargó una religiosa enfermera, a la cual enseñó el doctor Sagaz. Posteriormente, la instalación fue nuevamente reformada con otra instalación más potente de 4 válvulas, tubo de ánodo giratorio, planígrafo, etc. Además, se renovó el viejo aparato de exploración, instalando otro moderno más potente. Se instaló otro aparato similar en el servicio de recepción, capaz de realizar radioscopias y radiografías. Por último, existe en el centro un aparato portátil de Rayos X americano, adquirido por el doctor Sagaz el año 44, que se ha venido utilizando para la vigilancia post-operatoria y exploraciones de enfermos encamados graves, traumatizados, etc., el cual todavía continúa en servicio.

Pasamos a continuación a comentar los datos que nos proporcionan relativos al «Servicio de Broncoscopia». Este importante servicio en la fase inicial del centro no existía, ya que el descubrimiento y uso de estas técnicas no se generalizó hasta tiempos posteriores al año 50. El doctor Sagaz, que había aprendido esta técnica en los servicios del profesor Carlens, en Estocolmo, los completó más tarde en Madrid. Para su realización se adquirió un equipo fabricado en España, tipo Storz, que se utilizó durante unos años en enfermos adultos, ya que su calibre era solamente

para este tipo de enfermos. La técnica de la broncoscopia se realizaba con anestesia local. Más adelante se pudo mejorar el instrumental adquiriendo ópticas alemanas. Posteriormente se logró adquirir el broncoscopio tipo Lemoin, con óptica de fibra de vidrio, que proporciona una magnífica visualidad. Por último, se trabaja en la actualidad con un broncofibroscopio flexible, Olympus japonés, que no sólo por la citada flexibilidad, sino por su calibre de unos milímetros, permite introducirlo con gran facilidad por glotis, e inclusive a través de la vía nasal, en cualquier posición del enfermo.

Hay un aspecto interesante de esta sección de broncoscopia, es el referente a la exploración en niños lactantes y de primera infancia, en los cuales no se podía realizar por no existir calibres de broncoscopio inferiores a los 5 milímetros y por esta causa precisaba para su introducción (en otras clínicas) de una traqueotomía. Como surgían los casos de niños de corta edad que acudían al centro con cuerpos extraños en vías aéreas, produciéndose una situación altamente dramática, el doctor Sagaz estudió las posibilidades de adquirir en Alemania un equipo especial de la casa Storz, con broncoscopia para lactantes y primera infancia y pinzas ópticas para la extracción de cuerpos extraños. Ello no era posible, por no existir en el mercado. El doctor Sagaz, con gestiones privadas, a nivel de las Embajadas de París y Bonn, logró el que llegara a «El Neveral» el citado instrumental utilizándolo con éxito en numerosos casos que les remitían de toda la provincia.

Este instrumental no existía en España y sólo lo poseía privadamente un especialista de Sevilla y otro en Barcelona. El personal de «El Neveral» adquirió experiencia y habilidad en el manejo de este instrumental, lo que permitió el salvar vidas de niños en situación muy grave.

Esta sección, desde los años 55, también se especializó en la técnica de la broncografía, empleando los métodos clásicos y otros ideados por el doctor Sagaz. Posteriormente, con los nuevos medios de contraste e instrumental, esta técnica exploratoria ha alcanzado un nivel eficaz, empleándola actualmente como técnica habitual.

Continuando con los comentarios de las demás secciones de «El Neveral», pasamos a la de «Exploraciones Funcionales Respiratorias».

Las circulatorias, ya se ha dicho, se realizan por la sección de cardiología; en esta otra se verifican con los espirómetros y analizador de gases, las pruebas de ventilación, difusión, y otros datos.

Estas pruebas se comenzaron utilizando un espirómetro sencillo, construido en España, ya que los extranjeros no llegaban a la península. Se pudo con este primer aparato realizar y recoger los valores espirométricos

más necesarios y útiles. Con este aparato y en su primera etapa, además del estudio de los enfermos pre-operados, etc., se realizaba la valoración diagnóstica de la capacidad laboral de los mineros, que a través de la Entidad Sindical se nos enviaban una vez por semana, para estos estudios y dictámenes. En este aspecto se llegaron a realizar más de 600 exploraciones de mineros.

Posteriormente, nos fue facilitado un moderno espirómetro, tipo Pulmo-Test, holandés, que el doctor Sagaz ya conocía por haber trabajado con él en Holanda. A éste se añadió más tarde un analizador de gases, con cuyo estudio quedaba más completa la exploración. Por último se incorporaron a esta sección dos aparatos para la medición del pH, que se ha utilizado en los casos de acidosis respiratorias o situaciones similares. Al frente de esta sección trabajaba inicialmente una religiosa enfermera y más tarde se incorporó un médico, que fue adquiriendo experiencia en estas técnicas, trabajando conjuntamente con la enfermera. El hecho de la gran cantidad de enfermos que ingresan en el centro con enfermedades que provocan trastornos funcionales respiratorios ha dado lugar que esta Sección realice un importante trabajo.

Completando el informe sobre la actividad de las diversas secciones de «El Nerval», el doctor Sagaz nos informa que últimamente, debido al ingreso masivo de enfermos afectados de enfermedades con insuficiencia respiratoria y precisados de terapia bronquial, se creó «la Sección de Ventiloterapia, Aereosolterapia y de Recuperación funcional».

Anteriormente el centro poseía 3 aparatos para ventiloterapia y aereosoles, que pronto resultaron numéricamente insuficientes. Se fueron adquiriendo más de estos aparatos y más modernos, montándose en batería en una Sala especial para este tratamiento.

Igualmente, utilizando el espacio de parte de la antigua galería de reposo, se instaló en este local un amplio gimnasio, con camas para curas posturales y basculantes, así como utillaje para ejercicios de gimnasia respiratoria y reeducación de esta función.

En esta sección se realizan los tratamientos que precisan los enfermos encamados e inclusive alguno en régimen ambulatorio. Está dirigido por un médico que se ha formado en esta especialidad, una religiosa enfermera y una auxiliar de clínica. Además, se realizan los tratamientos de los enfermos encamados graves, en sus salas.

Vamos a terminar estos datos de la evolución histórica y funcional de «El Nerval» con los relacionados al aspecto administrativo y de personal.

«Administrativamente», «El Neveral», antes del año 36 comenzó con un administrador, que administraba las nóminas y subvenciones remitidas por la Dirección General de Sanidad.

Interrumpida esta acción por la Guerra, se reanudó después, dependiendo del creado Patronato de Lucha Antituberculosa, que era un organismo para-estatal con presupuesto independiente, del cual recibía el administrador, nombrado por los Servicios Centrales de Madrid, los libramientos, nóminas, etc. y al cual rendía cuentas bajo la supervisión de la Dirección del Centro. Su oficina no tenía más personal que el jefe administrativo y una auxiliar, con la colaboración del conserje del centro. Administrativamente, los tiempos de la post-guerra fueron difíciles y de escasez, como todos conocen. Posteriormente, hubo reforma del personal, cobrando una mayor actividad esta sección del centro, aumentándose la plantilla del personal y realizándose obras y reformas del local (con el mismo personal de oficios del centro); con ello, el funcionamiento del mismo fue mejorando, así como se superaron los años de escasez. Posteriormente, esta importante sección se ubicó en local amplio y apropiado, con oficina y despachos, en conexión con la entrada del edificio y los servicios de recepción.

Hasta el año 62 «El Neveral» dependía del Patronato Antituberculoso. Con esta fecha, aunque la dependencia administrativa era la misma, se transformó en Patronato Nacional Antituberculoso y de enfermedades del tórax. En el año 72 cambió su designación de Sanatorio, por la de Hospital de enfermedades del tórax. Por último, el año 74 se creó la llamada Administración Institucional de la Sanidad Nacional, organismo que abarca la vigilancia funcional y administrativa de todos los centros de encamamiento de la Dirección General de Sanidad y que constituyó el primer paso para el que está actualmente en gestión, que unificará todos los establecimientos asistenciales de España, tanto los de la Dirección General de Sanidad, como los de la Seguridad Social, bajo unas mismas normas de personal y funciones.

«El Neveral», como consecuencia del trabajo realizado y su Administración, ha pasado, de ser un centro que precisaba la subvención oficial, a alcanzar unas cifras de ingresos con excedentes cuantiosos, que se remiten a los servicios centrales.

En relación con el personal de labores y oficios, en unas primeras fases se carecía de éste en número, para atender las necesidades del centro. Posteriormente, con cierta lentitud, como suele ocurrir con los organismos oficiales, se ha logrado el incremento apropiado, y en la actualidad la situación es más favorable.

El personal técnico auxiliar, después de la Guerra, estaba formado por las religiosas mercedarias, que se habían encargado de atender al centro desde el año 40. Las religiosas no tituladas desempeñaban la labor de vigilancia, limpieza, comidas, despensa, cocina, almacenes, etc., e incluso estas mismas realizaban, conjuntamente con las enfermeras tituladas, las guardias de día y de noche, percibiendo unos honorarios míseros.

El personal técnico más cualificado estaba constituido por 14 enfermeras religiosas tituladas, que realizaban su labor en las clínicas, Rayos X, laboratorio, quirófano y otros, atendiendo algunas de estas religiosas enfermeras de 80 enfermos y realizando guardias de noche cada 3 días.

En la actualidad, por razones de organización del personal se ha sustituido algunas auxiliares de clínica con personal seglar, pero continúa la plantilla de enfermeras tituladas, con un déficit numérico, como ocurre en otros centros.

En relación con la plantilla de médicos, «El Neveral» comenzó el año 35 con un solo médico residente, que trabajaba prácticamente en guardia y servicio permanente y con un sueldo ínfimo. Como anteriormente indicaba en la introducción el doctor Sagaz, ha preferido no consignar nombres, para evitar olvidos o crear diferencias en su labor.

Pasada la Guerra, continuó «El Neveral» con un solo médico, hasta que pasados 3 ó 4 años se aumentó la plantilla a dos médicos y más posteriormente a tres. Con esta cifra se atendió «El Neveral» hasta su ampliación en el año 55; la plantilla se fue incrementando hasta llegar al momento actual, en que consta de 11 médicos y dos colaboradores que atienden, como hemos señalado, los servicios de quirófano-anestesia, ayudante quirúrgico, cirujano-jefe, cardiología y dirección. Ayudantes con destino en clínicas, exploraciones funcionales y recuperación, laboratorio y destinos en clínicas de las diversas plantas.

En los cargos se han ido sucediendo médicos que después de haber adquirido una formación se han establecido en otras ciudades o centros. Durante los 40 años, en los cuales el doctor Sagaz dirigió «El Neveral», se han formado numerosos médicos que ejercen, desde León a Cáceres, o Sevilla, Valencia, Granada, Almería, o en ciudades importantes de la provincia y los que continúan en Jaén y en «El Neveral»<sup>1</sup>.

El doctor Sagaz guarda de todos un grato recuerdo, pues todos colaboraron con eficacia y sacrificio. Para ellos es también un honor el haber

---

<sup>1</sup> Las numerosas publicaciones científicas que se han publicado por «El Neveral» han prestigiado a éste nacional e internacionalmente.

trabajado en «El Neveral» y continúan manteniendo del mismo un grato recuerdo.

El doctor Sagaz alcanzó en su trabajo la edad y el momento de la jubilación, pero continúa colaborando con el personal actual del centro a petición de ellos y de la superioridad.

El doctor Sagaz nos reitera que se ha esforzado en proporcionarnos estos datos, no por valorar su gestión, sino por el valor histórico que puedan tener en un futuro.

Él nos dice: «a todos mis colaboradores de estos años les debo gratitud, pues sin ellos nada hubiera podido hacer. Lo poco o mucho que se pudo realizar, la Historia, con el paso del tiempo, será el mejor juez». Para el doctor Sagaz le es suficiente el pensar que en su rendimiento de cuentas no se presentará con las manos vacías.

